Aus der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt Neustadt in Holstein.
Direktor: Sanitätsrat Dr. Dabelstein.

Beiträge zur Symptomatologie der körperlichen Erscheinungen bei der Katatonie (stuporöse Form).

Mit 3 Zeichnungen (Kurven).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hans Rahne,

approbierter Unterarzt aus Lehrte (Hannover).

Kiel 1916.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0312

Aus der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt Neustadt in Holstein.
Direktor: Sanitätsrat Dr. Dabelstein.

Beiträge zur Symptomatologie der körperlichen Erscheinungen bei der Katatonie (stuporöse Form).

Mit 3 Zeichnungen (Kurven).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hans Rahne,

approbierter Unterarzt aus Lehrte (Hannover).

Kiel 1916.

Druck von H. Fiencke.

No. 16.

Rektoratsjahr 1916/17.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Siemerling,**

z. Zt. Dekan.

Dem Auftreten körperlicher Begleiterscheinungen bei Geisteskrankheiten, dem in erster Linie bei der progressiven Paralyse gebührende Achtung geschenkt worden ist, da die körperlichen Symptome bei dieser organischen Erkrankung des Nervensystems mit einiger Regelmäßigkeit wiederzukehren pflegen, ist im Laufe der Zeit immer mehr Bedeutung zugemessen. Demzufolge richteten viele Forscher ihr Augenmerk auch den begleitenden körperlichen Krankheitszeichen bei anderen Psychosen zu. Erst sehr viel später wurden dann diese Forschungen auch auf das mit dem Namen Dementia praecox-Gruppe belegte Krankheitsbild ausgedehnt und haben hier, wenn auch noch nicht in dem gewünschten Maße, viel Wertvolles aufgedeckt. Während wir bei der bereits erwähnten Dementia paralytica die körperlichen Begleiterscheinungen in jedem Falle mit einer bestimmten Regelmäßigkeit wiederkehren sehen, sie uns daher in diagnostischer Hinsicht von unschätzbarem Werte geworden sind, finden wir bei der Dementia praecox-Gruppe zwar ebenfalls eine ganze Reihe körperlicher Begleitsymptome, die sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle immer wieder vorfinden, aber es gibt auch einen großen Teil unter den Dementia praecox-Fällen, bei denen die körperlichen Erscheinungen nicht anzutreffen sind und uns völlig im Stich lassen.

Außer auf diagnostischem Gebiete hat die Erforschung der körperlichen Erscheinungen besonders hinsichtlich der

Ergründung des Krankheitswesens viel gutes geleistet. Während in früheren Jahren die Dementia praecox für eine rein funktionelle Erkrankung des Nervensystems angesehen wurde, brachten die neuerlichen Untersuchungen der Begleiterscheinungen einen Wandel auf diesem Gebiete und es wurden Stimmen laut, daß man in der bisherigen Ansicht fehlging und es sich sehr wahrscheinlich um eine organische Geistesstörung handele. Denn bei Betrachtung des Untersuchungsresultates finden wir, abgesehen von rein funktionell bedingten Erscheinungen, wie sie nicht typischer für Hysterie und Neurasthenie sein können, eine Anzahl Symptome, die rein organischen Ursprunges sind, genau wie bei der progressiven Paralyse.

Ich habe es mir nun zur Aufgabe gemacht, im folgenden über die körperlichen Erscheinungen bei der Katatonie und zwar bei der stuporösen Form derselben zu berichten. Vielleicht gelingt es mir, zu den zahlreichen Beobachtungen, die von verschiedener Seite auf diesem Gebiete gemacht und in der Literatur niedergelegt worden sind, wenn auch nur im bescheidenen Maße einen wertvollen Beitrag zu liefern.

Als Grundlage dienen mir 80 Fälle, die mir die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt i. Holstein in liebenswürdiger Weise zur Bearbeitung überlassen hat. Das Material setzt sich zur Hälfte aus Männern und zur Hälfte aus Frauen zusammen und bringt neben jüngeren und jüngsten Krankheitsbildern auch eine sehr große Zahl älterer Fälle. Die Krankheitsdauer will ich in 4 Gruppen einteilen, in die ich die beobachteten Fälle zahlenmäßig einreihe. So fallen auf die Gruppe

erkrankt seit ca.:

a) 1 Jahr	7
b) 1—5 Jahren	40
c) 5—10 Jahren	25
d) 10—25 Jahren	8.

Aus naheliegenden Gründen war es mir leider nicht möglich, meine Untersuchungen in dem Maße vorzunehmen, wie ich es gern gewünscht hätte. Neben der beschränkten Zeit war es namentlich das vorliegende Material, das mir

diese Einschränkung auferlegte. So mußte ich auf die Erforschung der subjektiven Begleiterscheinungen, die von Tomaschny eingehend geschildert sind, von vornherein Verzicht leisten und stieß auch sonst noch, beispielsweise bei der Untersuchung der Sensibilität, auf unüberwindliche Schwierigkeiten. Ferner wurde mir häufig aus Mangel am notwendigen Instrumentarium eine Reihe beachtenswerter Symptome betreffs Erforschung vorenthalten. Aber trotzdem blieb mir noch ein großes Feld, nämlich die rein objektiven Erscheinungen, zur Bearbeitung offen.

Zunächst möchte ich mich dem Verhalten der Pupillen zuwenden, die wohl unter den körperlichen Erscheinungen am meisten Interesse beanspruchen, da nur die Pupillen beim Gesunden durch ihr lebhaftes Spiel ein getreues Spiegelbild der psychischen Vorgänge geben. Mögen dies nun sensible Reize sein, wie z. B. Schreck und Schmerz, oder Vorstellungen, Affekte (Angst) und dergl. mehr.

Unter den Autoren, die sich gerade auf diesem Gebiete hervorragend betätigt und das Ergebnis ihrer bedeutenden Untersuchungen veröffentlicht haben, ist in erster Linie der Name Bumkes zu nennen. Bumke stellte fest, daß bei der Dementia praecox »die Erweiterung der Pupillen, die normalerweise bei allen sensiblen Reizen und sogar bei jedem psychischen Geschehen einzutreten pflegt, und die Pupillenunruhe, die den Ausbruch des ständigen Wechsels der psychischen Erregung darstellt«, fehlt

Westphal fand das im katatonischen Stupor beobachtete Pupillenphaenomen, die katatonische Pupillenstarre, worunter er die vorübergehende Aufhebung der Licht- und Convergenzreaktion der Pupillen in der Regel mit Formveränderung derselben verband (Meyer: Über die körperlichen Erscheinungen bei der Dementia praecox).

Meine Untersuchungen, die aus Mangel an optischen Instrumenten mit unbewaffnetem Auge vorgenommen worden sind, mußten sich daher auf die Prüfung der Weite, Differenz und Reaktion auf Licht beschränken.

Bei Kraepelin, Bumke, Weiler, Hoche, Meyer und anderen Autoren mehr, liest man über auf-

fallende Dilatation der Pupillen bei der Mehrzahl der Katatoniker. Unter dem mir zur Verfügung stehenden Material der stuporösen Katatoniker aus der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt i. Holstein kam ich zu dem gleichen Resultat. Unter den 80 Fällen fand ich 46 dilatierte Pupillen und unter diesen 10 maximal erweiterte, bei denen nur ein äußerst schmaler Irissaum sichtbar war. In 3 Fällen waren die Pupillen stark verengt. Die Verengerung fand ich einzig bei männlichen Kranken.

Über die Dauer der Pupillenweite resp. -Enge vermag ich kein Urteil abzugeben, da ich meine Beobachtungen und Untersuchungen wegen der Kürze der Zeit diesem Symptom nicht genügend lange widmen konnte. Jedoch gibt die Literatur an, daß ein rascher Wechsel in dem Pupillenbefund unter sonst völlig gleich gebliebenen äußeren Bedingungen nicht zu den Seltenheiten gehört. Als Ursache für diese Pupillenveränderung führt Weiler an, daß der Krankheitsvorgang eine Steigerung jener Rindenerregungen bewirkt, die den Sphinktertonus hemmen.

Ein weiterer, recht häufiger Befund bei der Pupillenuntersuchung war die Pupillendifferenz.

Unter 80 Fällen fand ich 11 mal (also in 14 %), eine deutliche Verschiedenheit der Pupillengröße, darunter einige recht erhebliche Grade.

Die Form der Pupillen wich in 39 % gleichfalls von der Norm ab. Es handelt sich um entrundete, verzogene Formen von epileptischer, querovaler Gestalt oder unregelmäßigem Rande. Niemals aber sah ich scharfe Spitzen und Ecken, sondern stets abgerundete Konturen.

Bezüglich der Reaktion machte ich die Erfahrung, daß dieselbe auf Licht bei einer großen Anzahl der Fälle verlangsamt war, 10 mal — und hierbei handelte es sich um die maximal dilatierten Pupillen — war sie sehr träge und wenig ausgiebig. 2 mal war überhaupt keine Reaktion auf Licht zu erzielen. Die Reaktion auf Convergenz mußte, wie ich oben schon angedeutet habe, bei dem vorliegenden Material unterbleiben. Gewisse sichere Anhaltspunkte dafür,

daß eine Beziehung der entrundeten Pupillen zur trägen Lichtreaktion besteht, habe ich nicht finden können. Denn kreisrunde und entrundete Pupillen waren im gleichen Maße bei träger und guter Reaktion vertreten. Westphal weist darauf hin, daß es sich bei den Reaktionsanomalien um Innervationsstörungen in der gesamten Irismuskulatur handele, die vielleicht mit dem Verhalten der übrigen Muskulatur im katatonischen Stupor in gewisser Beziehung stehe (Meyer).

Fassen wir nun kurz die an den Pupillen der Katatoniker beobachteten Abweichungen von der Norm zusammen, so sehen wir in einem großen Teil der Fälle mehr oder minder stark erweiterte Sehlöcher, von unregelmäßiger Form, ungleicher Größe, mangelnder resp. stark verlangsamter Reaktion, Erscheinungen, die wir in erster Linie bei der Dementia paralytica, der Tabes und Lues, vorzufinden pflegen. In den Pupillenanomalien haben wir somit die hauptsächlichsten Anklänge an die organischen Gehirnerkrankungen. Wir sehen daraus, daß die körperlichen Begleiterscheinungen der Geisteskrankheiten keineswegs etwas charakteristisches für eine einzige Erkrankung bieten, sodaß man sie ausschließlich für die Diagnose verwerten könnte. Doch gleichzeitig werden wir durch diese Betrachtungen bezüglich des vielseitigen Auftretens der gleichen Symptome bei verschiedenen Psychosen darauf hingewiesen, daß eine Verwandtschaft hinsichtlich der pathologisch-anatomischen Veränderungen bestehen muß. Und deshalb sind die körperlichen Begleiterscheinungen — mögen sie uns sonst wenig bieten — von nicht zu unterschätzendem Werte, wie wir sie natürlich bezüglich ihrer sonstigen diagnostischen Bedeutung ebenfalls nicht entbehren möchten.

Ich wende mich jetzt den Erscheinungen zu, die uns das Nervensystem bei der Katatonie bietet, und beginne mit den Sehnenreflexen. Erhöhung oder Erloschensein der Kniesehnenreflexe finden wir so häufig als Krankheitssymptome und ist uns ein wertvolles Diagnostikum bei den organischen Erkrankungen seitens des Nervensystems, wie auch bei veränderter Erregbarkeit derselben. Was nun das Verhalten

der Sehnenreflexe bei der Katatonie betrifft, so findet man fast in der gesamten Literatur, daß die genannten Reflexe bei der Dementia praecox-Gruppe häufig eine Steigerung erfahren. Besonders trifft dies für die Katatonie zu, wie ich das auch an meinen Fällen beobachtet habe. Unter diesen 80 Katatonikern fand ich bei der Prüfung der Kniesehnenreflexe 17 normal, 53 gesteigert und recht lebhaft, 7 herabgesetzt und 3 aufgehoben. Unter den gesteigerten Patellarreflexen waren 10 deutlich ungleich stark. Patellarklonus sah ich in keinem Fall. Gleichfalls konnte ich nicht das von Weiler gerade bei Stuporfällen beobachtete Ausbleiben der Bremsung und dadurch bedingtes wiederholtes Nachpendeln feststellen.

Die Achillessehnenreflexe waren größtenteils lebhaft. Auf eine zahlenmäßige Angabe muß ich verzichten, weil sich die Prüfung nicht überall durchführen ließ.

Die Fußsohlenreflexe waren in 9 Fällen sehr lebhaft, im übrigen von normaler Stärke.

Das Babinskische Phaenomen trat nicht zutage; nur in einem Falle schien es mir angedeutet zu sein.

Die Sehnenreflexe der oberen Extremitäten waren gleichfalls bei einem großen Teil der Kranken (34) lebhaft, aber nicht in dem Maße, wie die Kniesehnenreflexe. In 3 Fällen beobachtete ich stark herabgesetzte Reflexe der O. E. O. E.

Die Bauchdeckenreflexe fand ich in 29 Fällen sehr lebhaft und 4 mal gänzlich aufgehoben. Auch eine Differenz dieser Reflexe ließ sich in 6% der Fälle mit großer Deutlichkeit nachweisen. Der Cremasterreflex war unter 40 männlichen Kranken 5 mal sehr stark ausgeprägt und 2 mal nicht auszulösen.

Vergleiche ich das Ergebnis meiner Untersuchungen mit den in der Literatur verzeichneten Resultaten, so bestätigt sich wieder einmal, daß in der Mehrzahl der Fälle bei der Dementia praecox-Gruppe eine Steigerung der Sehnen- und Hautreflexe vorherrscht. So haben wir also hier eine nahe Beziehung zu der erhöhten Erregbarkeit des Nervensystems, wie wir sie unter dem Bilde der Neurasthenie be-

schrieben finden; während Erloschensein der Reflexe an die organischen Störungen zu denken gemahnt.

Die Untersuchung der Schleimhautreflexe ergab, daß unter den 80 Fällen der Cornealreflex 4 mal aufgehoben war, der Rachenreflex dagegen bei 22 Patienten erloschen und bei 7 stark abgeschwächt.

$^2/_3$ der erloschenen sehr stark abgeschwächten Rachenreflexe gingen mit lebhafter Steigerung der Sehnen- und Hautreflexe einher. Auf dieses Mißverhältnis zwischen erloschenen resp. abgeschwächten Schleimhaut- und gesteigerten Sehnenreflexen weist auch Meyer in seinem bekannten Referat über die körperlichen Erscheinungen bei der Dementia praecox hin und macht auf den Ähnlichkeitszug aufmerksam, der hiermit zwischen der Dementia praecox und Hysterie gegeben ist.

Es wäre an dieser Stelle noch den Erscheinungen seitens der glatten Muskulatur Erwähnung zu tun. Bleuler gibt an, daß bei Katatonie primäre Darmlähmung vorkommt, worauf ich auch die an meinem Material in 14 Fällen beobachtete Stuhlträgheit zurückführen möchte, die in einigen Fällen äußerst stark verzögert war. Nur bei 2 Kranken sah ich andauernde Diarrhoen, die medikamentös in keiner Weise zu beeinflussen waren. Der eine dieser Patienten ist dann auch während der Beobachtungszeit an dem riesigen Säfteverlust des Körpers ad exitum gekommen.

Ich habe schließlich noch einer Änderung der Erregbarkeit des Nervensystems zu gedenken, nämlich des vasomotorischen Nachrötens, der Dermographie. Diese Erscheinung, die in der Hauptsache den Ausdruck einer rein funktionellen Störung des Nervensystems ist, sah ich außerordentlich häufig fast in allen Fällen; aber in 16 Fällen (bei 8 Männern und ebensoviel Frauen) trat sie in besonders starkem Maße auf und steigerte sich einige Male bis zur Quaddelbildung. Verschiedentlich war das vasomotorische Nachröten von abnorm langer Dauer.

Von der Untersuchung auf ev. Störungen in der Sensibilität mußte ich aus den eingangs erwähnten Gründen

Abstand nehmen. Es läßt sich nur soviel darüber sagen, daß vielfach die Sensibilität herabgesetzt ist, aufgehoben wird man sie nur selten finden, da man häufig trotz der Willensänderung, die hauptsächlich zur Unterdrückung der Schmerzempfindung Veranlassung gibt, und als Ursache für die Unfähigkeit zu einer motorischen Äußerung verantwortlich gemacht werden muß, bei genauer Beobachtung eine Reaktion konstatieren kann. Immerhin gibt es auch eine Reihe von Fällen, bei denen Hyp- resp. Analgesie vorhanden ist.

An Motilitätsstörungen habe ich Flexibilitas cerea, Katalepsie, Kontraktions- und Spannungszustände in der Muskulatur notieren können. Aktive und passive Beweglichkeit war aber fast ausnahmslos zu erzielen. Wenn auch häufig den passiven Bewegungsversuchen ein äußerst heftiger Widerstand entgegengesetzt wurde, so ist dies als eine Erscheinung anzusehen, die mit der psychomotorischen Störung einhergeht.

Spasmen sah ich in keinem der von mir untersuchten Fälle.

Hypotonie konnte ich im Gegensatz zu Meyer mehrere Male beobachten und zwar fand ich sie am häufigsten an den Beinen, speziell den Kniegelenken. Auch an der oberen Extremität habe ich herabgesetzten Muskeltonus beobachten können.

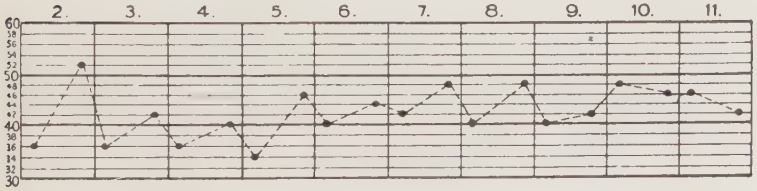
Ein Zeichen, das wir wohl als Reizerscheinung seitens der Muskulatur auslegen dürfen, trat in Gestalt des feinschlägigen Tremors zu Tage, der sich nicht nur auf einzelne Gliedmaßen beschränkte, sondern über ganze Körperabschnitte verbreitet auftrat.

Anfällen epileptiformen Charakters und choreatische Bewegungen, die gleichfalls in der Literatur als Begleiterscheinungen der Katatonie genannt werden, fehlten unter meinem Material. Die Krankengeschichten haben bei den von mir untersuchten Fällen mehrmals im Initialstadium Anfälle notiert, die aber später nicht wieder aufgetreten sind.

Lähmungen in der Extremitätenmuskulatur wurde desgleichen nicht angetroffen. Facialisparesen dagegen sah ich in 4 Fällen.

Wenden wir uns nun den Störungen am Gefäßsystem zu, so können wir in der Literatur über das Verhalten des Herzens, besonders der Aktion desselben, zahlreiche Abweichungen von der Norm finden. All die vielen Forschungen, die auf diesem Gebiete von Meyer, Knapp, Raecke u. a. Autoren mehr angestellt worden sind, geben uns viel Interessantes bezüglich starker Verlangsamung und auch Beschleunigung des Pulses. Auch meinen Beobachtungen möchte ich hier an dieser Stelle Erwähnung tun, die im allgemeinen eine Verlangsamung des Pulses ergab. In der Mehrzahl der Fälle schwankte die Pulskurve zwischen 60 und 65; hohe Werte, wie sie von Raecke angegeben worden sind, erhielt ich nicht. Aber in 19% aller Fälle habe ich höhere Grade der Pulsverlangsamung zu verzeichnen, wobei die Kurve niemals 60 Schläge in der Minute anzeigt und sich zum größten Teil sogar unter 50, teilweise auch unter 40 Schlägen bewegt. Ich will hier eine dieser Pulswellen folgen lassen, die einen Mittelwert unter den Pulsverlangsamungen darstellt.

1916; Monat Juni. Name: C.



Die Frequenz des Pulses ist in fast sämtlichen Fällen unabhängig von der Temperatur, so fand ich bei meinem Material in einem Falle subnormale Temperaturen — zwischen 35° und 36° — mit stärker frequentiertem Puls — 80, 82, 84 Schläge in der Minute. Den umgekehrten Fall hatte ich nicht zu verzeichnen, da ich keine höheren Temperaturen beobachtete, wie ich das noch später darlegen werde. Dagegen wurde die Pulsfrequenz in einem anderen Falle durch eine vorübergehende psychische Veränderung beeinflußt. Es handelte sich um einen Patienten, dessen Krankheitsbild ich

unten zu beschreiben gedenke. Mit der psychischen Veränderung setzte prompt eine erhöhte Frequenz (108) des sonst verlangsamten Pulses — durchschnittlich 55 Schläge — ein und dann folgte am nächsten Tage abermals eine einmalige geringe Temperatursteigerung.

Arhythmie und Irregularität des Pulses begegnete mir nicht. Über Störungen des Herzens selbst habe ich gleichfalls nichts zu berichten.

Zirkulationsstörungen als Begleiterscheinungen der Katatonie, insonderheit der stuporösen Form sind nichts außergewöhnliches und vielfach beobachtet worden. Unter dem mir zur Verfügung gestellten Material habe ich auch von einer großen Reihe dieser Störungen zu berichten. In der Hauptsache handelt es sich um allgemein über den Körper verbreitete, aber auch um lokale Cyanose, nur selten sah ich Hyperaemien. 22,5% meiner Kranken wiesen Zeichen mehr oder weniger ausgedehnter Cyanose auf, 2,5% Hyperaemie und 15% Oedeme. Die Cyanose bevorzugte die Füße und das Gesicht, aber auch allgemein über den ganzen Körper verbreitete Cyanose war nicht selten anzutreffen. Die betroffenen Körperregionen waren blaurot-livide, teilweise fleckig verfärbt und fühlten sich eiskalt an. Der größte Teil dieser Erscheinungen fiel auf ältere Fälle, doch waren die erst kürzlich Erkrankten in nicht geringer Zahl darunter vertreten.

Hyperaemie sah ich nur 2 mal und zwar als fleckweise Rötung und als Wallung.

Das Antreffen von Ödemen unter meinen Kranken habe ich bereits erwähnt. Daß es sich hierbei nicht um Herz-, beziehungsweise Gefäßerkrankungen oder Störungen seitens der Nierentätigkeit handelt, haben sorgfältige Untersuchungen ergeben. Es handelt sich also um Ödeme, wie sie bei der Dementia praecox und da wieder besonders bei der katatonen Form häufig als Begleitsymptome gefunden werden, die plötzlich auftreten und auch wieder verschwinden können und daher mit dem Namen fliegender Ödeme belegt worden sind.

Bezüglich des Blutdruckes und ev. veränderter Beschaffenheit des Blutes vermag ich mich aus Mangel an dem hierzu notwendigen Instrumentarium nicht zu äußern, ganz abgesehen davon, daß diese Untersuchungen mehr Zeit erfordern, als mir zur Verfügung steht.

Unter den Sekretionsanomalien ist besonders der vermehrten Speichel-, Tränen- und Schweißsekretion zu gedenken, die bereits verschiedentlich in der Literatur als körperliche Begleiterscheinung erwähnt ist. Unter dem Neustädter Material sah ich in 4 Fällen starken Speichelfluß, über dessen Dauer ich aber nichts Genaueres anzugeben vermag, da ich meine Beobachtungen nicht lange genug ausdehnen konnte.

Starke Tränenabsonderung, bei der es häufiger zum Überfließen über den Lidrand kam, sah ich an 2 Fällen. Hierüber vermag ich etwas mehr zu sagen, da ich den einen dieser Patienten — E. St. — seit seiner Einlieferung im Januar d. J. kenne. Schon damals zu Beginn der Erkrankung war die Tränensekretion vermehrt und ist auch jetzt nach einem halben Jahr noch unverändert. Bei Veränderung der psychischen Vorgänge, die sich äußerlich durch Wallungen und verschiedene andere Symptome mehr verrät, nimmt auch die Tränenabsonderung in abnorm starkem Maße zu, sodaß es zum Überlaufen über den Lidrand kommt.

Vermehrte Schweißsekretion konnte ich an einer sehr großen Zahl der Kranken beobachten. Ein großer Teil der Kranken lag zu Bett und trotz der völligen Ruhelage stellte ich in $^3/_4$ aller Fälle mehr oder minder starke Feuchtigkeit am Körper fest, sei es nun in den verschiedensten Hautfalten und -taschen — wie z. B. den Achselhöhlen, Ellen-, Leisten- und Kniebeugen, sei es als Hand- und Fuß-Schweiß oder als Feuchtigkeit am ganzen Körper. In 7 Fällen war die Schweißabsonderung äußerst stark, man möchte in diesen Fällen eher von starken Schweißausbrüchen sprechen, denn die Kranken waren in Schweiß gebadet. Ich will hier an dieser Stelle die Krankengeschichte des bereits oben erwähnten Patienten, dessen vermehrte Tränensekretion ich soeben schilderte, einfügen, da sie uns ein sehr schönes und

interessantes Bild gerade auf dem Gebiete der Sekretionsanomalien bietet.

Krankengeschichte des E. St., Landmann, 44 Jahre alt.

Vorgeschichte: Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Nach Verwundung geisteskrank geworden. Näheres ist nicht bekannt.

28. I. 16. Gestern von der psychiatrischen Klinik (Festungshauptlazarett-Abtlg.) Königsberg hierher überführt. Ruhig, gehemmt.

31. I. 16. Bisher gleichmäßig ruhig, leicht stuporös, Nahrungsaufnahme und Schlaf gut.

Befund:

Status somaticus: Eben mittelgr., gut genährt, gut entwickelte Muskulatur. Gerötete Gesichtsfarbe (kein Fieber), keine geschwollenen Drüsen, keine Struma. Auf dem linken Scheitelbein eine linsengroße Narbe (Granatsplitterverletzung), verschieblich, mäßig empfindlich. Schädel: 57 : 16 : 19½, symmetrisch, nicht besonders empfindlich, nur an der Narbenstelle etwas mehr. Nase: o. B. Ohren: o. B.

Augen grau, vermehrte Tränensekretion.

Gaumen: mittel. Zunge nicht belegt, feucht. Gebiß: vorn oben fehlen die Zähne, sonst auch z. T. defekt.

Lunge: o. B., perk. und ausk.

Herz: Töne rein.

Puls 68. Leib: weich, o. B.

VII. und XII. o. B. O. E. Reflexe +.

Bauchdeckenreflex +, Cremaster +.

Patellarreflexe: bds. lebhaft.

Achillessehnenreflex: +. Babinski: ⊖. Romberg: ⊖.

Keine Lähmungen, keine Ataxie. Sprache langsam, keine artikulatorischen Störungen. Gang langsam. Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit überall außer am Schädel etwas herabgesetzt. Spitz und stumpf unterschieden. Vasomotorische Erregbarkeit ziemlich lebhaft, an einzelnen Stellen Quaddelbildung.

Mechanische Muskelerregbarkeit o. B.

Pupillen: mw., gleich, rund. Rx. + R < + prompt.

Augenbewegungen frei; kein Nystagmus.

Status psych.: Pat. liegt in ziemlich starrer Haltung bewegungslos da, starrt vor sich hin, ohne einen bestimmten Punkt im Auge zu haben. Die Hände liegen über dem Leib. Hebt man den Kopf oder die Gliedmaßen in die Höhe, so läßt er sie eine Zeit lang stehen und erst allmählich sinken sie in die alte Lage zurück. Die Antworten kommen mit leiser, monotoner Stimme heraus. Ist teilnahmlos gegen Umgebung, spricht spontan nicht. Auf Befragen, ob er aufstehen möchte, bejaht er.

Essen schmeckt? ja. Kennt Gegenstände.

Stuhl in Ordnung? ja.

Auffallend ist dabei die Haltung des Kopfes; er hält ihn nach rechts gedreht, obgleich eine Lähmung nicht vorhanden, denn er kann ganz gut den Kopf bewegen. Auch die Augenbewegungen sind frei. Aber alle Bewegungen werden langsam, wie mit Überwindung eines Hindernisses gemacht.

Diagnose: Katatonie.

19. II. 16. Ist ruhig, sitzt immer mit geschlossenen Augen da. Ißt auch mit geschlossenen Augen. Öffnet sie auch auf Aufforderung nicht. Auf Befragen: »es geht mir gut«. Warum machen Sie denn nicht die Augen auf? keine Antwort.

22. III. 16. Ist wesentlich freier, zugänglicher geworden, Hat den Wunsch geäußert, sich zu beschäftigen.

29. III. 16. Wieder verändert, liegt zu Bett. Die Augen starr nach rechts oben gerichtet, gespannte Haltung. Gesicht stark kongestioniert. Sieht Ref. bei Anrede nicht an. Antwortet auf Befragen sinngemäß.

8. IV. 16. Ist wieder freier, aufgestanden, aber noch immer verändert.

15. V. 16. War in den letzten Wochen noch sehr gehemmt, wird jetzt anscheinend etwas freier.

25. V. 16. Wieder mehr gehemmt. Dreht den Kopf nach rechts, spricht nicht. Gesicht stark kongestioniert.

Hierzu möchte ich noch meine Aufzeichnungen hinzufügen, die ich Anfang Juni bei der Untersuchung am Patienten gemacht habe.

1. VI. 16. Kopf wird gespannt nach rechts gehalten und passiven Bewegungsversuchen ein starker Widerstand entgegengesetzt, sodaß sie unausführbar sind. Der Blick ist ebenfalls dauernd nach der rechten Seite gerichtet. Das Gesicht ist stark gerötet, auch die Ohren, auf der Stirn starker Schweiß. V auf Druck empfindlich. VII r > lks. Pupillen lks. > r., nicht ganz rund, von mittlerer Weite. R < + Rx +, Cornealreflex +. Vermehrte Tränensekretion. Rachenreflex +. XII. o. B. Bauchdeckenreflex und Cremaster lebhaft. Patellarreflexe: bds. gleich, sehr lebhaft. O. E. Reflexe etwas lebhaft.

Dermographie: stark, Quaddelbildung.

Puls etwas verlangsamt (53).

Schweiß der Achseln, Hände, Füße und Unterschenkel.

Appetit gut, desgl. Schlaf und Stuhlgang.

Temperatur 36°.

6. VI: Im Wesentlichen keine Veränderung. Kopf und Augen in derselben Haltung. Hochrotes Gesicht, starke Tränensekretion, Überfließen über die Lidränder. Starke Schweißausbrüche; auf der Stirn unzählige große und kleine Schweißperlen, die ihm über das Antlitz laufen und sich nach Wegwischen bald wieder einstellen. Auch am ganzen übrigen Körper starke Feuchtigkeit. Temperatur normal (36,7°), Puls 65. Abends 108 Pulsschläge in der Minute, keine Temperatursteigerung. Am nächsten Abend Temperatursteigerung auf 38,4°; Puls 79. Am darauffolgenden Tage Temperatur und Puls wieder normal. Die hochrote Farbe des Gesichtes ist etwas abgeblaßt, die Spannungserscheinungen lösen sich wieder, ebenso stellt sich Verminderung der Schweiß- und Tränensekretion ein.

Ich hatte selbst Gelegenheit, den Patienten seit dem Tage der Überweisung in die Neustädter Anstalt zu beobachten. Mit Verschlimmerung der Spannungserscheinungen, mit denen eine psychische Veränderung Hand in Hand zu gehen pflegte, stellte sich regelmäßig die Wallung des Blutes

zum Kopfe ein und gleichzeitig die teilweise enorme Vermehrung der Sekretion. Beachtenswert scheint mir die die Veränderung einleitende Erhöhung des Pulses zu sein und es wäre interessant, zu erfahren, ob man in ähnlichen Fällen die gleiche Erscheinung beobachten konnte, sodaß man aus diesem Symptom einen Schluß auf die kommende psychische Veränderung ziehen darf. Leider verfügte ich nicht unter dem bearbeiteten Material über einen ähnlichen Fall und muß infolgedessen die Beantwortung dieser Frage offen lassen.

Über Veränderungen der Drüsen mit innerer Sekretion habe ich keine Beobachtungen anstellen können. Vergrößerte Schilddrüsen, Strumen, wie sie von verschiedener Seite beobachtet wurden, habe ich nicht angetroffen.

Ebenso will ich mich über Anomalien seitens der Menstruation nicht näher auslassen, da ich in der mir zur Verfügung stehenden Zeit nur einen Bruchteil der monatlichen Blutungen aufzeichnen konnte und die Krankenblätter mir keinen Anhaltspunkt dafür geben. Nur soviel läßt sich sagen, daß in einigen wenigen Fällen, in denen die Menses bislang regelmäßig war, seit längerer Zeit ($^1/_4$—$^1/_2$ Jahr) Amenorrhoe eingetreten ist.

Ich möchte nun noch flüchtig einiges über den Körperhaushalt der Katatoniker, speziell der Stuporösen, erwähnen. Die Nahrungsaufnahme schwankt zwischen gierigem Verschlingen alles Dargebotenen und völliger Nahrungsverweigerung. Unter meinen Fällen war die Nahrungsaufnahme in der Regel gut oder wenigstens zufriedenstellend, sodaß man ohne Nachhilfe auskam. In einigen Fällen, besonders den früheren dagegen, war sie periodenweise recht ungenügend, d. h. spontan nahmen die Kranken tagelang garnichts zu sich, ließen sich aber durch Zureden und Füttern zum Essen verleiten, während bei anderen auch diese Bemühungen nichts fruchteten. Eßgier trat vereinzelt auf. Daß demzufolge das Körpergewicht großen Schwankungen unterworfen sein kann, ist ohne weiteres klar einleuchtend. Doch nicht immer ist die Nahrungsaufnahme einzig und allein für diese Schwankungen der Gewichtskurven verantwortlich

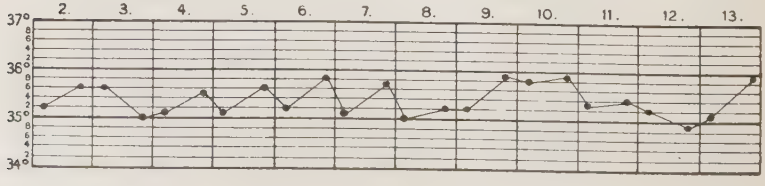
zu machen. Genaue Beobachtungen und Forschungen haben ergeben, daß trotz guter oder ausreichender Ernährung Differenzen des Körpergewichtes auftreten können, während dahingegen die Gewichtskurve bei unzureichender Nahrungsaufnahme vergesellschaftet mit motorischer Erregung lange Zeit hindurch keinen Gewichtsverlust aufzuzeichnen braucht. Über die Ursache dieser Schwankungen ist noch recht wenig bekannt.

Schließlich will ich die Körpertemperatur und die Atmung noch mit einigen Worten streifen. Bekanntlich bewegt sich die Tagestemperatur eines gesunden Menschen zwischen 36,1° und 37,4°. Die Temperaturkurven der 40 männlichen Fälle verhielten sich, wie folgt: 37,4° überschritt nur eine einzige Kurve. Es handelt sich hier um den schon öfter erwähnten Patienten E. S t., der in seinem Wallungszustand auch eine geringe Temperatursteigerung erfuhr. Sonst überschritt von den übrigen 39 Kurven keine einzige 37°, sondern 27 bewegten sich zwischen 36° und 37°, 8 um 36° herum — teils darunter, teils etwas über 36°. 4 Kurven hielten sich vollständig unter 36°. Ähnlich verhält es sich mit den bei den Frauen gemachten Erfahrungen. 2 mal überstiegen die Kurven 37,4°, darunter eine Tbc., woraus sich die Temperaturerhöhung schon von selbst erklärt, 26 hielten sich zwischen 36° und 37°, 8 um 36° herum und 4 erreichten 36° in keinem Fall.

Daraus ziehe ich den Schluß, daß in einem großen Teil, bei mir in ca. 1/4 aller Stuporfälle, subnormale Temperaturen vorherrschen, wie diese Hypothermie bereits in der Literatur des öfteren erwähnt ist.

Es sei hier eine der von mir beobachteten subnormalen Kurven wiedergegeben.

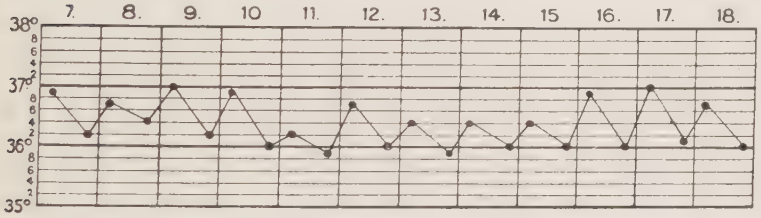
1916, Monat Juni. Name: C.



Man hat versucht, die Hypothermie durch Abkühlung infolge von Bloßliegen resp. durch den trägen Stoffwechselumsatz zu erklären. Ich möchte mich der letzteren Erklärung anschließen, da die Abkühlung infolge Bloßliegens und dergl. bei meinen Patienten auszuschließen ist.

Aber auch noch andere Veränderungen zeigt uns die genauere Beobachtung der Pulskurven. So sah ich garnicht so sehr selten das Abendmaximum fehlen und es bestand dafür ein unverkennbarer Typus inversus, wie ihn nachstehende Kurve zeigen soll.

1916, Monat Juni. Name: M. B.



Die Atmung ist in der Mehrzahl der Fälle normal, d. h. sie hält sich zwischen 16 und 20 Zügen in der Minute. In $^1/_{10}$ der Fälle war sie verlangsamt — sie zeigte während einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 16—18 Tagen 12, 13, 14 Züge in der Minute — und in $^1/_{10}$ war sie beschleunigt, d. h. dauernd oder wenigstens zum größten Teil über dem normalen Maximum.

Zusammenfassung.

Unsere Beobachtungen und Untersuchungen zeigen uns also eine ganze Reihe körperlicher Begleiterscheinungen bei der stuporösen Form der Katatonie, die in mehr oder minder großer Zahl in den einzelnen Fällen wiederzukehren pflegen. Wir haben Anklänge an die organisch bedingten Störungen des Nervensystems, wie auch an rein funktionelle Psychosen gefunden. Versuchen wir nun, die beobachteten Erscheinungen auf diese beiden Gruppen zu verteilen, so wären als wahrscheinlich organisch bedingte Symptome die Pupillen-

differenz, träge resp. mangelnde Reaktion auf Licht, nach Bleuler ein Teil der Ödeme und Veränderungen seitens des Vasomotorius, Motilitätsstörungen, Facialisparesen und verschiedene Änderungen von seiten der Reflexe anzusehen. Letztere sind aber nur mit Vorsicht zu verwenden, da sie uns ja auch bei veränderter Erregbarkeit des Nervensystems begegnen, wie z. B. bei der Hysterie, Neurasthenie, überhaupt bei allgemeiner Nervosität. Die Reflexe sind also nur in den wenigen abgeschwächten resp. erloschenen Fällen zu verwerten oder auch da, wo ihre Steigerung vergesellschaftet mit Spasmen einhergeht.

Als rein funktionell bedingte Erscheinungen haben wir zu betrachten: einfache Steigerung der Reflexe, speziell der Sehnenreflexe, das scheinbare Mißverhältnis zwischen erloschenen Schleimhaut- und gesteigerten Sehnenreflexen, die von mancher Seite beobachtete Mastodynie und Ovarie, der übrige Teil der vasomotorischen Störungen, Veränderung seitens der Sekretion, der Temperatur u. s. w.

Obwohl ich unter meinem Untersuchungsmaterial eine stattliche Zahl älterer Fälle zu verzeichnen habe, ist das Resultat der Untersuchungen, verglichen mit Meyers Beobachtungen der körperlichen Erscheinungen an jüngeren Fällen der Dementia praecox-Kranken, das gleiche geblieben, das ihn bekanntlich dazu verleitet hat, der Dementia praecox gleichsam eine Art Mittelstellung zwischen der Dementia paralytica und der Hysterie einzuräumen.

Es wäre nun noch die Frage zu beantworten, ob uns die körperlichen Erscheinungen der Katatonie irgendwelche Anhaltspunkte bezüglich der Ursache und des Wesens des Krankheitsbildes geben. Absolut sichere Schlüsse sind bislang noch nicht gemacht worden, doch wird im allgemeinen die Lehre anerkannt, daß es sich um eine Selbstvergiftung des Körpers handelt. Die neuesten Forschungen auf dem Gebiete der Serodiagnostik sind vielversprechend, besonders auch das Abderhaldensche Dialysierverfahren, aber »ein endgültiges Urteil über die Bedeutung der erhaltenen Ergebnisse wird erst möglich sein, wenn ein sehr großes Material vor-

liegt und eine mehrjährige Beobachtung den Verlauf der einzelnen Fälle klarlegt« (Abderhalden).

Zum Schlusse will ich noch einige Worte der Bedeutung der körperlichen Erscheinungen für die Prognose widmen. Die Abnahme des Körpergewichtes ohne Besserung des psychischen Zustandes gilt schon lange als ein signum mali ominis. Ebenso mißt man ziemlich allgemein dem Auftreten der Pupillendifferenz eine schlechte Bedeutung bei. Im übrigen soll, wie Michel ausführt, »die Prognose um so ungünstiger sein, je zahlreicher und andauernder die körperlichen Symptome sind.«

* * *

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof Dr. Siemerling, für die Anregung und Überlassung der vorliegenden Arbeit und dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt i. Holstein, Herrn Sanitätsrat Dr. Dabelstein, für die bereitwillige Überlassung der Fälle, auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Abkürzungen:

A. = Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Berlin, Hirschwald.

Mm. W. = Münchener medizinische Wochenschrift.

N. C. B. = Neurologisches Centralblatt.

WS. = Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift.

Z. = Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Berlin, Georg Reimer.

1. Abderhalden, Abwehrfermente, 4. Auflage.
2. Bleuler, Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig 1911.
3. Bumke, Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten, Verlag Fischer, Jena 1911.
4. „ Neuere Untersuchungen über die diagnostische Bedeutung der Pupillenstörungen. Mm. W. 07, S. 2313.
5. „ Über die Pupillenstörungen bei der Dementia praecox. Mm. W. 1910.
6. Hoche, Lehrbuch der Psychiatrie, Binswanger-Siemerling.
7. Knapp, Körperliche Symptome bei funktionellen Psychosen. A. Bd. 44, Heft 2.

8. Kraepelin, Psychiatrie, 8. Aufl., III. Bd.
9. Meyer, Über die körperlichen Erscheinungen der Dementia praecox. Z. Bd. 66.
10. Michel, Ing.-Dissert.: Die körperlichen Erscheinungen bei der Dementia praecox. Halle a./S. 1913.
11. Raecke, Zur Prognose der Katatonie. *A. 1910, Bd. 47, Seite 1.
12. Reichmann, Über Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Ing.-Diss., Königsberg 1913.
13. Sirota, Katatonie und organisch-nervöse Begleiterscheinungen. Ing.-Diss., Berlin 1914.
14. Thomsen, Dementia praecox und manisch-depressives Irresein, Z. 07, Bd. 64. Königsberg 1913.
15. Tomaschny, Über die körperlichen Erscheinungen bei der Dementia praecox, Z., Bd. 66.
16. Wassermeyer, Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. A., Bd. 43.
17. Weiler, Pupillenuntersuchungen bei Geisteskrankheiten, N. C. B. 1906.
18. „ Pupillenuntersuchungen bei Geisteskrankheiten, W. S. 06/07, S. 85.
19. Westphal, Verhandlungen psychiatrischer Vereine. Z., Bd. 64, S. 694.
20. „ Über ein bisher nicht beschriebenes Pupillenphaenomen, N. C. B. 1899.
21. „ Weitere Beobachtungen über im katatonischen Stupor beobachtete Pupillenphaenomene nebst einem Erklärungsversuch der katatonischen Pupillenstarre. Deutsche medizin. Wochenschrift 1909, S. 1001.
22. „ Über Pupillenstörungen bei Hysterie und Katatonie, Z., Bd. 67, S. 328.

Lebenslauf.

Ich, Hans Rahne, ev. Konfession, geboren am 15. Dezember 1890 zu Lehrte bei Hannover, als Sohn des San.-Rates Dr. med. Rahne und seiner Ehefrau Antonie, geb. Hoffmann, besuchte zunächst die Volks- und Mittelschule meiner Geburtsstadt, kam dann im Herbst 1903 auf das Kaiserin Auguste Viktoria-Gymnasium zu Linden bei Hannover, wo ich Ostern 1910 mein Reifezeugnis erhielt. Ich studierte darauf in Jena, Freiburg und Kiel Medizin, bestand 1912 mein Physikum in Freiburg und am 15. Mai 1916 das ärztliche Staatsexamen in Kiel. Meine Approbation als Arzt hat Geltung vom 15. Mai 1916 ab. Am 8. August 1914 trat ich als Kriegsfreiwilliger bei der Ersatz-Abtlg. des Feldartillerie-Regimentes von Scharnhorst (I. hannoversches) Nr. 10 ein, wurde im September zum Unterarzt befördert und gleichzeitig zum Kriegsgefangenenlazarett Soltau versetzt. Von Soltau kam ich Anfang Dezember 1914 zum Reserve- und Kriegsgefangenenlazarett Munster-Lager, von dort Ende November 1915 nach Neustadt i. Holstein, wo ich zur Zeit noch am Nervenerholungsheim als Unterarzt tätig bin.